

Yaşlı sağlığı ve sosyal politikalarda kamusal destek ne durumda? Türkiye ve dünyada mevcut durum

What is the situation in public support for elderly health and social policies? The situation for Turkey and the world

Işıl Ergin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Öz

Yaşlanma; sağlık, sosyal güvenlik, eğitim ve istihdam gibi toplumsal hayatın önemli alanlarını yakından ilgilendirmekte ve bireyin hakları yanı sıra kamusal politikaların içeriği ve kapsamına dair tartışmayı da gerekli kılmaktadır. Bu çalışma; yaşlıyı desteklemede aile ve toplumun rolünün kamusal alana geçişinin ekonomi-politik nedenlerini sunmayı, yaşlanmayı bir ekonomik yük olarak değerlendiren yaklaşımların eksikliğini irdelemeyi, yaşlı sağlığına yönelik kamusal destek mekanizmalarını incelemeyi ve Türkiye ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçlamıştır. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde; Türkiye’de bu alana ayrılan kaynakların ve kurumsal kapasitenin yetersiz, eşitsizlik perspektifinden yoksun ve aile veya toplum temelli mekanizmaları öne çıkaran bir kurgu içinde olduğu görülmektedir. Yeni değerler sisteminin yalnızlaştırdığı yaşlı bireyler, azalan fiziksel kapasiteleri, sosyal ve ekonomik kaynaklarındaki yoksunluklarına rağmen, kamunun destek ve korumasından mahrum kaldıklarında, toplumun en kırılgan nüfusları arasında yerlerini almaktadır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlanma, yaşlı sağlığı, sosyal politika.

Abstract

Aging is closely relevant with public issues like health, social security, education and employment and this necessitates a discussion on rights as well as the context and coverage of public policies. This study aims to present economic and political reasoning for the transfer of the role of the family and community to public, to examine the shortcomings of the approaches assessing aging as an economic burden, to evaluate the mechanisms in public support for elderly health and to compare the situation for Turkey. Regarding the practice in the World, it has been concluded that in Turkey, the resources allocated and the organisational capacity are inadequate, lacks an inequalities approach and is constructed on an emphasis on family and community-oriented mechanisms. If they are not provided with public support and protection, the abandoned elderly of the new value system, take their place in the community among most vulnerable groups, despite their diminished physical capacity and deprived social and economic resources.

Keywords: Aging, elderly health, social policy.

Giriş

Yaşam süresindeki uzama ve doğurganlıktaki azalma, bu yüzyılın en önemli demografik olgularından biri olan nüfusun yaşlanması konusunu gündeme taşımaktadır. Bu durum; geçmişte gelişmiş toplumların sorunu gibi algılanırken, bugün gelişmekte olan toplumlar için de önemli bir başlığa dönüşmektedir. Bugün, küresel nüfusun %12’sini (901 milyon) 60 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bu nüfusun artış hızı, Avrupa’da en yüksek olsa da, 2050 itibarı ile Afrika dışındaki tüm bölgelerde nüfusun yaklaşık dörtte biri 60 yaş ve üzeri bireylerden oluşacaktır.

Türkiye’de de 60 yaş ve üzeri nüfus 2050’de %26.6 ve 2100’de %37.7 olacaktır (1). Bu gündem; sağlık, sosyal güvenlik, eğitim ve istihdam gibi toplumsal hayatın önemli alanlarını yakından ilgilendirmekte, bireyin hakları yanı sıra kamusal politikaların içeriği ve kapsamına dair tartışmayı da gerekli kılmaktadır. Yaşlanmayı başarılı kılan unsurlar olarak biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma belirtilmektedir (2,3). Böylesi bir kapsamı kucaklayacak kamusal yaklaşım; bireyin sosyal çevresinden sağlığına, fiziksel işlevlerini geliştirici çabalardan gelir artırıcı politikalara kadar geniş bir yelpazeyi kapsamak zorundadır.

Yazışma Adresi: Işıl Ergin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Bornova, İzmir

Amaç

Bu çalışma; yaşlıyı desteklemede aile ve toplumun rolünün kamusal alana geçişinin ekonomi-politik nedenlerini sunmayı, yaşlanmayı bir ekonomik yük olarak değerlendiren yaklaşımların eksikliğini irdelemeyi, yaşlı sağlığına yönelik kamusal destek mekanizmalarını incelemeyi ve Türkiye ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçlamıştır.

1. Yaşlının Desteklenmesinde Aile Rolünü Kamuya Devrettiğinde, Yaşlılar Kamusal Emanet mi Yük mü?

Sanayi devrimi; nüfusun bileşimine etki eden iki temel faktörün (insanın yaşam süresi ve doğurganlığının) belirgin biçimde değiştiği milattır. Toplumda gerçekleşen dönüşüm sırasında, hane bireylerinin rollerinde de önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Sanayi devrimi öncesinde hane bileşimi daha büyük ve karışık bir yapıya sahiptir. Endüstrileşme yoluyla ekonomi değişince, aile de değişir. Toplumsal hayatta; sosyal ilişkilerin basitleştiği, akrabalığın anlam ve değerini yitirdiği, klan veya kabilenin düşüşe geçtiği, ailenin progresif olarak küçüldüğü ve her şeyin rasyonel, basit, kolay ve küçük olana evrildiği görülür. Geniş akrabalık bağları zayıflar, aile seceresi paternleri erir, eşler sistemine dayalı bir patern belirginleşir. Erişkin olan çocukla veya büyükanne, büyükbaba ile yaşam, geleneksel tarım toplumunda daha sık gözlenirken, endüstrileşme, toplum hayatına işgücü bölüşümü getirir ve geleneksel hane bileşimi olan haneler gittikçe azalır (4).

Fiziksel yaşama gelen hareketlilik, akrabalarla görüşme sıklığını, yakınlığı azaltır. Sınıfsal hareketlilik başlar. Sınıfsal konumu yukarılara doğru hareketlenen hanenin yaşam biçimi, geliri, alışkanlıkları değişir, akrabalarından farklılaşır. Temas zorlaşır (5). Değerler sistemi başarıya ve elde etme üzerine kurulu bir hal alır ve birinden doğmuş olmanın değeri azalır, herkes kendi yolunu çizer. Yaşlının bilgeliği ve yaşamı boyunca biriktirdiği deneyimin genç bireyin başarısı açısından değeri azalır. Yaşlı bireyin gençlerin yanında kalmayı talep etme gücü zayıflar (6). Ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça, ailenin yaşlı bireye sosyal, finansal ve fiziksel desteği yanı sıra birlikte yaşama olasılığı azalır (7). Kapitalizmin sanayi toplumunda yarattığı yeni aile yapısı ne yazık ki yaşlıya çok az yer bırakmıştır. İşte bu noktada ailenin azalan desteğini karşılamak üzere kamu devreye girer.

Merkez kapitalist ekonomiler, üretken bireyleri yaşlanınca onları sahiplenecek bir aile yapısının kalmadığını bu yüzyılın ortalarında erkenden fark ettiler. Çekirdek aile, bu üretim biçiminin ikonuydu ve geleneksel, kalabalık, dedeli, nineli yaşam biçiminin bu hızlı üretim döngüsünde yeri yoktu. Evin erkeği, kadını çalışır, çocuklar okula gider. Herkes ya üretimdedir, ya da emeğin yeniden üretilmesinde görev alır (8). Üretim dışı olanların bu döngü içinde aksaklığa yol açacağı

kaçınılmazdır ve onlar için başka bir şeyler düşünmek gerekir. Üretenlerin, yaşlılık zamanları için kaygı duymaları onların var olan çalışma heveslerini baltalayacaktır. O yüzden, yaşlılık daha güvenceli, daha huzurlu olmalıdır. Yaşlının kendine yetecek bir aylığı, sağlık sorunlarında başvuracağı ücretsiz hizmetleri, sağlığı kendine bakamayacak kadar elden gittiğinde de yerleştirebileceği kurumları olsun istenir. Böylelikle; gelişmiş ülkeler, nüfusun yaşlanma sürecine paralel biçimde “sosyal politikalar” geliştirir. Toplumdaki değişime ayak uydurarak sosyal güvenlik sistemleri, kamu sağlık hizmetleri ve emeklilikle ilgili düzenlemeler yoluyla yaşlı ve ailenin kaynaklarını destekler (9). Aile ve toplumun geleneksel rolü, kamusal alana kaydırılır (7). Toplumların gelişme ve kalkınma süreçleri ise yaşlı bireylerine sağladığı desteğin çeşitliliğini ve yeterliliğini belirler: Problemlerli bir yaşlılık mı? Problemleri azaltılmış bir yaşlılık mı?

Bugün nüfusun yaşlanması konusu, sıklıkla ekonomik değerlendirmelerle ele alınır. Hesaplar yapıp çalışmayanlar arttıkça ortaya çıkacak ekonomik baskıdan söz edilir. Bu bağlamda “**potansiyel destek oranı**”ndan söz edilir, Potansiyel destek oranı, 20-64 yaş nüfusun 65 yaş ve üzeri nüfusa bölünmesi ile elde edilen ve emekli kişi başına düşen çalışan bireyi anlatan orandır. Nüfusun yaşlanmasının potansiyel destek oranı üzerinde önemli bir etki oluşturacağından endişe edilir. Afrika ülkelerinde bu oran 12.9 kişi iken, Asya ülkelerinde 8.0, Avrupa ve Kuzey Amerika’da 4’ün altı ve Japonya’da 2.1’dir. 2050’de 7 Asya ülkesi ve 24 Avrupa ülkesinde bu oranın 2’nin altına düşmesi beklenmektedir. Bu rakamların sağlık sistemleri yanı sıra sosyal güvenlik sistemlerini de ekonomik ve politik baskılarla baş başa bırakacağı belirtilir (1). Bu ekonomi politik değerlendirmeler yaşlıları toplum için bir değer olmaktan çıkarıp onları bir yük olarak gören bir akla doğru evrilisin de işaretlerini taşır ve özünde kapitalizmin bireye sistem maliyeti biçip metalaştırmasını içerir.

Ekonomik hayatın dışında kaldığı için yaşlı bireyin toplumsal haklarını minimumda tutmak ve o minimumla hayatta kalıp topluma daha fazla yük olmamasını planlamak iktisadi olarak kabul gören bir tutumdur ve özellikle sosyal güvenlik politika dokümanlarına yansıtılan bir gerçektir. Bugün süregiden emeklilik yaşı ve emeklilik aylığı tartışmaları böylesi bir zeminde yol alır. Ne yazık ki; yaşlı bireyin hakları ve ihtiyaçları çerçevesinden daha çok, işgücü arzının azalması, kamu harcamalarının artması, (sağlık harcamalarının ve sosyal güvenlik ödemelerinin artışı) ve bakım ihtiyacının artışı (kurumsal ve evde bakım hizmetleri) üzerinden bir “riskler” tartışması yürütülmektedir. Yaşlanma kavramının “ekonomik yararlılık” zeminindeki bu tartışmaları, “haklar” açısından tehditkar olabilmektedir; en başta da sağlıklı ve onurlu bir yaşam hakkı gelmektedir. Yaşlanmanın bir fobi olmaktan çıkarılıp, deneyim ve olgunlukla donanmış bir yaşam dönemi olarak

algılanması ve yaşanabilmesi için, zorluklarla baş edebilmek noktasında gerekli kamusal desteğin var olması şarttır.

2. Kamusal Destekte İzlenen Yollar

Kamunun bu bağlamda gelişmiş ekonomilerde üç tip yol izlediği görülür:

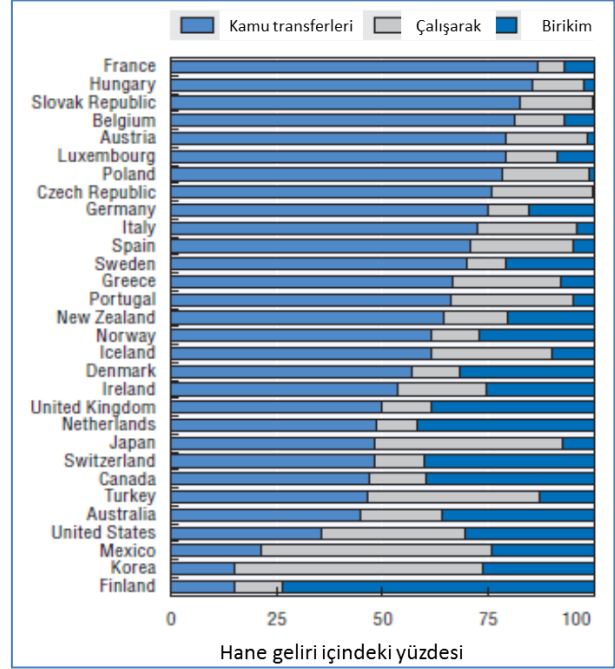
1. Gelir artırıcı mekanizmalar (emeklilik, sosyal destek aylığı, evde bakım aylığı),
2. Evde destek hizmetleri (sağlık hizmeti, sosyal destek),
3. Kurumlarda yaşama imkanı.

2.1. Gelir Artırıcı Politikalar

2.1.1. Emekli Maaşları: OECD'nin Emeklilik Maaşlarına Bakış 2011 raporunda (10), OECD ülkelerinde 65 yaş üstü bireylerin, 2000'lerdeki ortalama maaşının, yıllık 18271 dolar olduğu görülür. Türkiye 5829 dolar ile bu listede son sırada yer alarak OECD ortalamasının çok gerisinde kalmaktadır. Üstelik aynı raporda, 1980'lerin ortalarından 2000'lere doğru, yaşlıların görece gelirlerinde, OECD ülkeleri arasında en yüksek oranda düşüşün Türkiye ve Yeni Zelanda'da görüldüğü belirtilmektedir. Şekil-1, OECD ülkelerinde 65 yaş üzeri bireylerde, gelirin üç bileşen üzerinden nasıl dağıldığını göstermektedir. Bu 3 bileşen şunlardır: 1. kamu transferleri, 2. çalışarak elde edilen gelir ve 3. birikimlerden elde edilen gelir. 65 yaş üzeri bireylerin gelirleri içinde kamusal transferlerin payının, ortalama %60 olduğu görülür. Türkiye için bu oran %50'den daha azdır ve yaşlılıkta çalışarak gelir etme diğer ülkelere kıyasla, yaşlıların gelirlerinde daha fazla oranda yer tutar. Bu veriler göstermektedir ki, genel kanının aksine, 65 yaş üzeri bireyler ülkemizde çalışarak gelir etme çabasına devam etmektedir. Bu çaba, pek çok OECD ülkesinden daha yüksektir. Şekilde de görüldüğü üzere, kamu transferinin az olduğu ve çalışarak gelir elde etmek zorunda da kalmayan Finli yaşlıların kişisel birikimlerden yaşlılığa kaynak ve gelir aktarma imkanı olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'de böylesi bir durumun da olmadığı ve yaşlının gelir elde etme çabası ile baş başa kaldığı görülmektedir. Ülkemizde 65 yaş üzeri çalışan bireylerin %83.53'ü kayıt dışıdır (11). Bu sorun; fiziksel yeterliliğin azaldığı bir yaşam döneminde, bireyi özellikle formal çalışma alanının dışında ve marjinal işlerde çalışmaya iten ve daha çok gelişmekte olan ülkelere gözlenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (12).

Türkiye'de kamusal kaynakların sadece %6.1'i emekliliğe ayrılırken, OECD ortalamasında bu oran % 7.0'dır (10). Sosyal Güvenlik Kurumu 2014 için tüm yaş gruplarını ele alan ortalama kayıt dışı istihdam oranını % 34.97 olarak açıklamaktadır (11) ve böylesi bir istihdam tablosu içinde pek çok yaşlının zaten bir emeklilik maaşını göremeyeceği aşikardır. Dünya Bankası'nın "Kapsayıcılıktaki Açığın Giderilmesi" raporunda da

Zorunlu Emeklilik kapsamı içindeki işgücü oranının ülkemizde % 45 gibi son derece düşük düzeylerde olduğu belirtilmektedir (13). İşgücü piyasasında kayıtlı istihdam içinde yer alamamış, zorunlu emeklilik kapsamında olmayan ve emekli maaşına hak kazanamamış yaşlılar için çözüm olarak "sosyal destek aylığı" sunulmaktadır.



Şekil-1. 2000'lerin ortalarında OECD ülkelerinde yaşlılarda gelirin kaynakları (10).

2.1.2. Sosyal Destek Aylığı: Bu tanım; emeklilik hakkı kazanamamış yaşlı bireylere sağlanan minimum gelir için kullanılmaktadır. Sosyal emeklilik uygulamasına dair örnekler, dünyada 3 başlıkta gruplanmaktadır (14):

- Universal (Tam kapsayıcı): Sosyal destek aylığına hak kazanmak için belli yaşın üzerinde olmak ve o ülkenin vatandaşı olmak yeterlidir.
 - Bolivya, Botswana, Brunei, Guyana, Kiribati, Kosovo, Mauritius, Namibia, Hollanda, Yeni Zelanda, Samoa, Surinam, Timor-Leste, Seychelles.
- Universal minimum: Sadece "emeklilik hakkı kazanamamış" yaşlılara, sosyal destek aylığı sağlanır.
 - Ermenistan, Azerbaycan, Bahamalar, Barbados, Belarus, Bermuda, Kıbrıs, Estonya, Finlandiya, Kazakistan, Kırgızistan, Latvia, Lesotho, Litvanya, Maldivler, Moldova, Nepal, Panama, Swaziland, İsveç, İsviçre, Tayland, Turkmenistan, Vietnam.
- Means-tested: Gelir veya mülk sorgulanarak sağlanan sosyal destek aylığıdır. Türkiye bu son grupta yer almaktadır.
 - Arjantin, Avustralya, Avusturya, Bangladeş, Belçika, Belize, Brezilya, Şili, Kolombiya, Kosta

Rika, Danimarka, Dominik Cumhuriyeti, Ekvator, Fransa, Gürcistan, Yunanistan, Hong Kong, Macaristan, Hindistan, Endonezya, İrlanda, İsrail, Jamaika, Kenya, Kore, Moğolistan, Norveç, Paraguay, Peru, Filipinler, Portekiz, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, Trinidad ve Tobago, Türkiye, Ukrayna, İngiltere, Amerika, Uruguay, Özbekistan, Venezuela, Vietnam.

Gelişmiş ülkelerde zorunlu emeklilik sistemi içinde yer alan iş gücü oranının %90'ın üzerinde olduğu belirtilebilir. Bu oran düşük ve orta gelir grubu ülkelerdeki oranın oldukça üzerindedir. Formal istihdamın bu kadar kapsayıcı biçimde gerçekleşmesi yaşlı bireylere minimum bir gelir sağlama konusunda işi kolaylaştırmaktadır. Kayıtlı istihdamın işgücü içindeki oranı yüksek olan ekonomilerde, emeklilik aylığına hak kazanamamış ya da bir "tabangelir" in altında kalan nüfus oranı düşük olmakta ve bu açık, sosyal destek aylıkları ile kapatılmaktadır. Sağlanan desteğin miktarı da ortalama bir gelir hedefine bireyi yaklaştırmaktadır (13). Ancak Türkiye gibi kayıt dışı istihdamın yüksek, emekliliğe hak kazanamamış yaşlısı bol ülkelerde devletin sosyal destek kapsamı dar, miktarı da komik düzeylerde tutulmaktadır.

1976 yılında çıkarılan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun bu sosyal desteğin Türkiye'deki adıdır (15). Bu kanuna göre; sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar veya nafaka bağlanmış/bağlanması mümkün olanlar yararlanamaz. Bu aylık; muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına bağlanır.

2014'te 625.590 yaşlı bu sosyal destekten yararlanmıştır (16). Ancak bu rakam aynı yıl itibarı ile 6.192.962 olan 65 yaş üzeri nüfusun sadece %10.1'ine karşılık gelmektedir (17). Sağlanan desteğin miktarı Temmuz-Aralık 2015 itibarıyla aylık 203,44 TL gibi oldukça düşük düzeydedir. Aylığın sağlanabilmesi için muhtaçlığın kanıtlanması gereklidir ve bunun için belirlenen muhtaçlık sınırı (hane içindeki kişi başı geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olma hali) ise Temmuz-Aralık 2015 için 303,47 TL'dir (18). Hanede kişi başı geliri bunun üzerindeki yaşlılar, bu sosyal destekten yararlanamayacaklardır. Daha önce 2022 aylığa hak kazanmak açısından böylesi bir muhtaçlık sınırı yok iken 02.08.2013 tarihli 28726 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 6495 sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" (kamuoyunda torba yasa olarak bilinen) ile 2022 Sayılı Kanun'da yapılan değişiklik ile hane içindeki kişi başı gelirin asgari ücretin 1/3'ünden az olduğu aileler 2022 sayılı Kanun kapsamında kalmıştır (19).

Bu oldukça düşük bir sınır olup, bu aylığa hak kazanma açısından yaşlıya biçilen "taban gelir" in ülkenin yoksulluk sınırlarının çok altında olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayan ve sadece yaşlı aylığı ile geçinen yaşlıların böylesi bir gelir ile onurlu ve sağlıklı bir hayat yaşamaları mümkün görünmemektedir. Yasanın kapsamının ve destek miktarının gözden geçirilmesi ve ayrılan kamu kaynaklarının artırılması gereklidir. Ayrıca, bu bütçe kalemine ayrılan kamu kaynağının son altı yılda neredeyse hiç değişmemiş olması (Tablo-1), ekonomik dalgalanmaların yaşandığı bu dönemlerde, yaşlılar gibi dezavantajlı grupların daha şiddetli etkilendiği gerçeğinin gözardı edildiğini göstermektedir. Çalışmalar; yaşlı sağlığında etkili olan önemli unsurlar olarak gelir düşüklüğü ve ekonomik instabilite zamanlarına işaret etmektedir (20). Yaşlı maaşı alan bireylerin sayısı ve ayrılan kaynak miktarının yıllar içindeki değişimi Tablo-1'de gösterilmiştir (16).

Tablo-1. Yaşlı Maaşı Alan Bireylerin Sayısı ve Ayrılan Kaynak Miktarının Yıllara Dağılımı (16).

Yaşlı (65 yaş üstü)		
Yıllar	Kişi sayısı	Tutar (Milyon TL)
2014	625.590	1.009
2013	632.407	1.009
2012	668.351	1.046
2011	797.426	1.055
2010	848.826	1.059
2009	859.516	1.027
2008	867.035	948
2007	903.283	914
2006	927.077	747
2005	938.677	664
2004	792.046	585
2003	770.204	551
2002	746.468	234

2.1.3. Evde Bakım Aylığı: Kamusal sosyal destek olarak belirtilmesi gereken bir başka unsur da "evde bakım aylığı"dır. Kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç özürülüler bu kapsamdadır. Yaşlılar açısından bu ölçüt, "yoksul ve yatalak" olma durumuna karşılık gelmektedir. Ocak- Temmuz 2015 itibarıyla evde bakım aylığı 793,08 TL olup, 2022 aylığı ile karşılaştırıldığında görece daha yüksek bir gelir sağlamaktadır. Ancak bu kapsamın sadece "bakıma muhtaç özürül" (yatalak) yaşlıları kapsadığı unutulmamalıdır.

Kamusal kaynakların yaşlı sağlığı ve refahı alanına gerektiği düzeyde kaydırılmaması ve onun yerine aileye veya toplum temelli sosyal korunma mekanizmalarına bel bağlanması, liberalize olan ve esnekleşen iş gücü

piyasalarının olağan bir refleksi olarak düşünülmektedir (12). Dünya Sağlık Örgütü de yaşlıya kamusal destek konusunda başarısız olan düşük-orta gelir grubu ülkelerin, “yaşlanmaya” yanıtının “aile”yi anahtar hale getirmek olduğu saptamasını yapmaktadır (21). Bu bağlamda yaşlı ve bakıma muhtaç yaşlılara sağlanan bu son derece düşük gelirin, gerçek ve yeterli bir kamusal kaynak aktarımı yerine, yaşlının aile bireylerince bakılmasına bel bağlayan ve ailenin bu anahtar rolüne sığınan bir kaçış olduğu düşünülebilir.

2.2. Evde Bakım (Sağlık Hizmeti, Sosyal Destek)

Evde bakım; sağlık problemi, kronik ya da terminal hastalığı veya sakatlığı olan bireylere ev ortamında sunulan kısa veya uzun dönemli geniş kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür. “Evde Sağlık Hizmetleri” (Home HealthCare) ve “Evde Sosyal Bakım ve Destek Hizmetleri” (Home Aid Services) şeklinde iki ana başlığa ayrılmaktadır. Modelin en önemli özelliği maliyeti düşük bir hizmet olmasıdır (22). Ayaktan ya da yatarak bakımın yerine sistemlerin içine entegre edilmesindeki temel amaç, bu “verimlilik sağlama” kaygısıdır. Ancak içerik, hizmet veren ekip ve kapsam ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir.

Ülkemizde bu alana yönelik ilk yasal düzenleme Mart 2005 tarihinde yürürlüğe giren “**Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik**”tir. Sağlık hizmetlerine ulaşamayacak olanlara sunulan sağlık bakımı, evde bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Daha önce uzman hekimlerce görülmüş, reçetesi raporu olan hastaların idame tedavisinin sağlanması, mobilizasyonu zor hastaların (yani yatalak hastaların) raporlarının devam ettirilmesi, uzman hekim konsültasyonu (yerinde) ve yara bakımı hizmeti sunmayı hedefler. Acil sağlık hizmetleri kapsam dışıdır. Bu yönetmeliği takiben bazı yasal düzenlemeler Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından da gerçekleştirilir. Bu düzenlemelerle “Bakıma Muhtaç Engellilere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde bakım hizmeti sunulması olası hale gelir. Ayrıca evde bakımı üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konulur. Takibeden süreçte bakıma muhtaç engelli yaşlılar da bu kapsama alınır (22). Evde bakım bu kapsamı ile ne yazık ki “sosyal destek” diyebileceğimiz, yaşlının yıkanması, evinin temizlenmesi, alışverişinin yapılması ve benzeri gereksinimleri içeren bir kapsamı hedeflememektedir ve yalnızca yatağa bağımlı yaşlılara destek sağlamaktadır.

Takip eden yıllarda 10 ilde, devlet hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanır. “Sağlık Bakanlığı’nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile 2010’da bu hizmetleri ülkeye yaygınlaştırmak hedeflenir. Yönerge ile “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan

bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” amaçlanır. Aynı yıl evde sağlık hizmetlerinin kamu hastaneleri, aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezlerinin işbirliği içinde yürütülmesi başlatılır. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerine ek olarak halk sağlığı müdürlüklerine bağlı koordinasyon merkezleri oluşturulur, 2011’de “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” güncellenir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumuna Bakanlığa bağlı olan eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri kapsamında yapılandırılır. Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimi oluşturularak hizmet sunmasına olanak tanınır. Kamu tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri, Genel Sağlık Sigortası ile ‘günübirlik tedaviler’ kapsamında ödenmektedir (22).

Belediyelerin kimi illerde üstlendiği sosyal bakım, bu unsurları da kapsayacak biçimde genişletilmiş, ancak belediye hekimlerinin reçete yazamaması nedeni ile bu kez de belediyelerin sunduğu hizmette sağlık hizmetinin kapsamı daralmıştır. Oysa ihtiyaç ne sadece sosyal ne sadece sağlık desteğidir. İkisinin bileşimi olan bütünlüklü hizmet ihtiyacı yakıcı bir biçimde bu kapsamı zorlamaktadır. Ancak; Türkiye Sağlıkla Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020’de “**evde sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel evde bakım merkez ve birimleri, evde sosyal bakım ve destek hizmetlerinin ise belediyeler, belediyelerin yeterli olmadığı durumlarda ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulması için mevzuat düzenlenmesi**” belirtilmektedir (22). Bu planlamadan anlaşıldığı üzere, evde bakımın, sağlık hizmeti ve sosyal destek ayakları ayrı ayrı yürütülmeye devam edecek ve ihtiyaç olunan entegrasyon sağlanmayacaktır. Ayrıca aynı eylem planı kapsamında “**evde tıbbi ekipman ve cihaz kullanımının yurt dışı örneklerinde olduğu gibi profesyonel bir hizmet alanı olarak düzenlenmesi**”, “**SGK tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması ile özel evde bakım merkezleri ve birimlerinin de Sağlık Uygulama Tebliği kapsamına alınması**”, “**özel bakım sigortaları için de gerekli mevzuat yapısının oluşturulması**” ve “**hizmet modeli içerisinde yer alan sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin sigorta ödemeleri kapsamına alınması ve bu hizmetin denetlenmesi**” başlıkları dikkat çekmektedir. Bu hedeflerin yaşlı sağlığı alanında varolan eşitsizlikleri derinleştirme ve evde bakım alanını “özelleştirerek”, erişimin ücretsiz ve hakkaniyet çerçevesinde gerçekleşmesini tümüyle ortadan kaldırma potansiyeli

bulunmaktadır. Ülkemizde yaşlıların % 11.7'sinin sağlık güvencesi, % 27.1'inin sosyal güvencesi bulunmadığı düşünülecek olursa (23), yoksul, eğitimsiz, sosyal güvencesiz yaşlıların, evde bakım hizmetlerinden yararlanmasının önünde halen varolan bürokratik engellerin yanına, finansal engellerin eklenmesi olasılığı yüksektir.

2.3. Kurumlarda Yaşama İmkani

Türkiye'de kurumsal bakımın temeli 1930 yılındaki ilk yasal düzenleme ile atılır ve başlangıçta gönüllü kuruluşlar, belediyeler ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu alanda görev üstlenir. İlk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi Eskişehir'de açılır. Yaşlı nüfusa sosyal hizmet sunumu 1983'te SHÇEK'na devredilir ve kurumun Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülür (24). Bugün; kurumlarda yaşama imkanı T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak yürütülmekte ve bu birime bağlı 109 huzurevi ve 11826 kişilik kapasite bulunmaktadır (25).

Bu kapasite ne yazık ki yıllar içerisinde belirgin artış göstermemiştir ve var olan kapasite de ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Bakanlığın bir başka bülteninde yıllar içindeki değişim Tablo-2'de gösterilmektedir.

Tablo-2. Bakanlık Bünyesinde Yer Alan Huzurevlerinin Sayısının Yıllar İçindeki Değişimi (16).

Yıllar	Huzurevi sayısı	Kapasite	Bakılan yaşlı sayısı
2014	124	12647	11688
2013	115	12241	11293
2012	106	11706	10951
2011	102	9783	10590
2010	97	9260	7979
2009	81	8126	7220
2008	79	8002	6773
2007	70	7552	6477
2006	69	7605	6082
2005	66	7173	5603
2004	62	6760	5389
2003	63	6580	5188
2002	63	6477	4952

Kuruma kabul koşulları; 60 yaş üstü olmak, bulaşıcı veya kanser hastalığı olmamak (sürekli tedavi gerektiren), mental ve psikolojik olarak iyi durumda olmaktır. Bu ölçütler, pek çok yaşlının kapsam dışı kalması anlamına gelmektedir. Yaşlıların durumuna dair 2007 yılındaki ulusal dökümanda, SHÇEK'e ait huzurevlerinde kalan yaşlıların cinsiyet ve ücret durumlarına göre dağılımı incelendiğinde % 50.46'sının ücretli olarak kurumlarda kaldığı, bu ücretli kalışlarda % 38'inin Emekli Sandığı, %49'unun SSK, %13'ünün Bağ-Kur emeklisi olduğu görülmektedir (26). Kamusal imkanlar yanı sıra özel kuruluşlarda da yaşlılara yatılı bakım imkanı sağlan-

maktadır. 2014 itibarı ile özel yatılı bakım huzurevlerinin toplam içindeki payı % 22,6 ile ikinci sıradadır. Kurumların dağılımı Tablo-3'te yer almaktadır (16).

Tablo-3. Kamu, Özel, Belediye, Vakıf ve Azınlıklara Ait Huzurevleri Sayısı ve Kapasiteleri (Temmuz 2014) (16).

Yatılı bakım huzurevleri	Sayı	Kapasite	%
TC. Aile ve Sosyal politikalar bakanlığına bağlı	124	12647	52.83
Yaşlı yaşam evi	28	114	0.48
Diğer bakanlıklara bağlı	2	566	2.36
Belediyelere ait	21	2055	8.58
Dernek ve vakıflara ait	27	2308	9.64
Azınlıklara ait	7	920	3.84
Özel	151	5328	22.26
TOPLAM	360	23938	100

Yoksul, kimsesiz, maaşsız, evsiz, kendine bakamayacak durumdaki yaşlının, bu kurumsal kapasite ile kendine yer bulması neredeyse imkansızlaşmaktadır. Oysa; kamusal hizmet herkesin hakkıdır ve kamusal hizmetin eşitsizlikler barındırması, toplumumuzda zaten var olan sosyal, ekonomik ve kültürel ayrımları daha da derinleştiren bir işlev görmektedir. Eşitsizlikler penceresinden bakıldığında, yaşamın yaşlılık öncesi dönemlerinde sağlıklı bir birey olunmasını sağlayan sosyo-ekonomik tüm unsurlar yanı sıra güvenceli istihdam, eğitim ve sağlık gibi kamusal kaynaklara eşit, adil ve yeterli erişim onu daha bağımsız bir yaşlılığa taşır. Yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar öncelikle tüm hayatı kapsayan bir perspektifle yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya, eşitsizlikleri gidermeye odaklanmalıdır. Ne yazık ki, kamusal hedef ve planlamalarda, çözüm önerilerinin böylesi bir kapsamda değerlendirilmediği görülmektedir. Örneğin, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020'de, *Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler* incelendiğinde aile hekimliği uzaktan eğitim modülü hazırlanması, halk eğitim toplantıları yapılması, televizyonlarda eğitim programları hazırlanması, görsel basında eğitim programlarına yer verilmesi, okullarda eğitsel faaliyetler düzenlenmesi gibi eğitim hedefleri ya da durum saptama, tarama yapma ve tedavi etmeye ilişkin hedefler dikkati çekmektedir (22). Elbette ki bu başlıklar hedeflenmelidir; ancak bu kapsam, yaşlı beslenmesine dair sorun alanının sosyal ve ekonomik nedenlerle örülmüş olduğu gerçeğini görmez ise, başarılı olma, yani yaşlıların beslenme sorunlarını azaltma potansiyelini taşımamaktadır. Bugün gelişmiş ülkelerde, kamusal hedefler, eşitsizlikleri gören bir bakış açısı ile şekillenmektedir. "Nedenlerin nedenlerini" ortaya koyan ve bu alanlardaki eşitsizlikleri gidermeyi hedef alan bir bakış açısı, eylem planlarımızdaki en temel eksiklik olarak öne çıkmaktadır.

3. Sonuç

Yaşlılık kaçınılmaz biyolojik bir gerçektir. Ancak; toplumun sosyal ve ekonomik yapısı yanı sıra kaynaklarını yaşlılara ayırmadaki cömertliği/cimriliği, yaşlanmanın getireceği çeşitli yükleri hafifletebilir ya da ağırlaştırabilir. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde; ülkemizde bu alana ayrılan kaynakların ve kurumsal kapasitenin yetersiz, eşitsizlik perspektifinden yoksun ve

aile veya toplum temelli mekanizmaları öne çıkaran bir kurgu içinde olduğu görülmektedir. Yeni değerler sisteminin yalnızlaştırdığı yaşlı bireyler, azalan fiziksel kapasiteleri, sosyal ve ekonomik kaynaklarındaki yoksunluklarına rağmen kamunun destek ve korumasından mahrum kaldıklarında, toplumun en kırılgan nüfusları arasında yerlerini almaktadır.

Kaynaklar

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables. 2015; Working Paper No. ESA/P/WP.241
2. Danış ZM. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara: Güç-Vak Yayıncılık; 2004:20.
3. Baran AG. Başarılı yaşlanma modellerinin sosyolojik analizi. İçinde: Kalınkara V, Akın G. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2007:236-4.
4. Laslett P. Household and Family in Past Time. London: Cambridge University Press;1972.
5. Goode WJ. World Revolution and Family Patterns. New York: The Free Press;1970.
6. Zachary Z, Dayton J. The living arrangements of older adults in sub-Saharan Africa in a time of HIV/AIDS.2003
7. Ogawa N, Retherford RD. The Resumption of Fertility Decline in Japan: 1973-1992. Population and Development Review 1993;19:703-741.
8. Gerlock E. Discrimination of older people in Asia. Age Discrimination in 5 continents: real issues, real concerns. International Federation on Ageing Conference Copenhagen 30th May – 2nd June, 2006.
9. Bongaarts J, Zimmer Z. Living Arrangements of Older Adults in the Developing World: An Analysis of DHS Household Surveys. Policy Research Division. New York, Population Council. 2001; Working Paper No.148.
10. OECD. Pensions at a glance 2011: Retirement-income systems in OECD and G20 countries. OECD publishing. 2011. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. http://dx.doi.org/10.1787/pensions_glance-2011-en
11. Sosyal Güvenlik Kurumu. Kayıt dışı istihdam oranları. 2015 [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/sigortalilik/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/
12. Amanda H, Gorman M. Chronic Poverty and Older People in the Developing World. Help Age, Chronic Poverty Research Centre. 2002; International CPRC Working Paper No:10.
13. Holzmann R, Robalino DA, Takayama N. Closing the cover age gap: Role of social pensions and other retirement income transfers. World Bank Publications, 2009.
14. Help Age International. Pensions watch database, social protection in older age. 2015. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. <http://www.pension-watch.net/pensions/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-around-the-world/>
15. Mevzuat, 2015. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2022.doc
16. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı. Engelli ve yaşlı bireylere ilişkin istatistikî bilgiler.Yıllık istatistik bülteni. 2015 [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. http://eyh.aile.gov.tr/data/551169ab369dc57100ffb13/engelli%20ve%20ya%C5%9Flu%20bireylere%20ili%C5%9Fkin%20istatistik%20bilgiler_2015.pdf
17. TÜİK. Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 1935-2014.2015. [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
18. Engelliler Platformu. 2015 yılı 2022 Aylığı Miktarları ve Muhtaçlık Sınırı belli oldu. Ağustos 2015 [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. <http://www.engelliler.biz/forum/2022-engelli-ayligi-ile-vakif-ayligi/142965-2015-yili-2022-ayligi-miktarlari-ve-muhtaclik-siniri-belli-oldu.html>
19. Resmi Gazete. 2 Ağustos 2013 Tarihli ve 28726 Sayılı Resmi Gazete. 2013. [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130802.pdf>
20. Ergin I, Mandiracioglu A. Inequalities for Self-Rated Health and Happiness in Turkish Elderly, World Values Survey 1990-2013. Arch Gerontol Geriatr. 2015; 61(2):224-30.
21. World Health Organisation. Information Needs for Research, Policy and Action on Ageing and Older Adults in Africa Report of A Workshop On Creating A Minimum Data Set For Research, Policy And Action On Ageing And The Aged In Africa Harare, Zimbabwe. 20-22 January 2000.
22. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020, Ankara: 2015: Yayın No:960, ISBN 978-975-590-520-4
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2010.
24. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yüceci N, Aydın P, Uçku R. Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi. Kor Hek. 2008; 7(1):81-86
25. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne Bağlı Huzurevleri. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. <http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6983369dc328a057c1f1/blob.pdf>
26. DPT. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. 2007:Yayın No: 2741.